

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU RÔLE DE L'ANGLE GAUCHE DU COLON
DANS
LES OCCLUSIONS INTESTINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 9 décembre 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph FRARIER

Ancien externe des hôpitaux de Lyon

Né à Mâcon, le 25 avril 1874



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1902

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU RÔLE DE L'ANGLE GAUCHE DU COLON
DANS
LES OCCLUSIONS INTESTINALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 9 décembre 1902

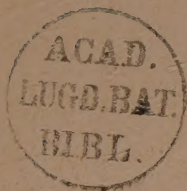
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph FRARIER

Ancien externe des hôpitaux de Lyon

Né à Mâcon, le 25 avril 1874



LYON

A. STORCK & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS

8, rue de la Méditerranée

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

Professeurs honoraires

MM. PAULET, CHAUVÉAU.

Professeurs	MM.
Cliniques médicales	{ LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET.
Cliniques chirurgicales	{ JABOULAY. FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophtalmologique	GAILLETON.
Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales	TRIPRIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire	ARLOING
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	CROLAS.
Pharmacologie	

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX	SIRAUD	BÉRARD	VILLARD
COLLET	DURAND	SAMBUC	TIXIER
BOYER	PIC	BORDIER	FABRE
BARRAL	PAVIOT	COURMONT (P.)	REGAUD
MOREAU	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. JABOULAY, président; SIRAUD assesseur;
MM. P. BÉRARD, et TIXIER agrégés

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE LE D^r FRARIER

Témoignage d'affection et de reconnaissance. Mon seul but sera de suivre l'exemple de dévouement et de conscience, que mon père m'a donné, dans la carrière médicale.

A MES AMIS

Bien cordial souvenir

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JAROULAY

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Respectueux hommage et remer-
ciements pour la bienveillance
qu'ils m'ont toujours témoignée.

Il semble, de prime abord, que sur cette vaste question des occlusions intestinales, la science clinique et l'effort thérapeutique aient dit leur dernier mot ; les divers mécanismes physio-pathologiques et le traitement d'une affection liée à tant de causes d'ordre différent, ayant fait l'objet de nombreux et remarquables travaux.

Il y a pourtant une variété pathologique d'occlusion qui demanderait à être étudiée, sa valeur clinique étant peut-être souvent demeurée inaperçue. Nous voulons parler des occlusions intestinales siégeant à l'angle gauche du côlon, et dont le facteur étiologique serait en grande partie la situation anatomique défavorable de cette portion du gros intestin.

Nous n'avons pas d'ailleurs la prétention d'émettre une idée originale. Déjà dans le courant de cette année, MM. Terrier et Quénu, à la Société de chirurgie de Paris, ont insisté sur ce point spécial, et ont rappelé les précédents articles de M. Adenot. C'est sur ces données que nous avons cru pouvoir entreprendre un court résumé de la question, encouragés dans cet essai par les conseils de M. le Professeur agrégé Tixier, auquel nous tenons à témoigner toute notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Par ses travaux bien connus, M. le D^r Bouveret était aussi en cette matière un clinicien dont l'autorité s'imposait comme guide de notre étude ; nous l'avons également consulté, et nous avons trouvé en lui un maître très bienveillant, qu'il reçoive l'expression de notre très sincère gratitude.

Merci également à M. Patel, chef de clinique chirurgicale ; il nous a fait part des documents et des observations rassemblés pour un travail fait en collaboration avec M. le Professeur agrégé Bérard ; nous lui en témoignons toute notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques.

Le côlon transverse, après avoir suivi la face inférieure du foie, chemine transversalement vers la rate ; son trajet n'est pas absolument horizontal, en même temps qu'il décrit une courbe à concavité supérieure, il forme une anse plus ou moins longue, qui traverse l'épigastre, parfois la région ombilicale ; et même « dans certains cas qui sont loin d'être rares, dit Testut, on voit le côlon transverse, avant d'atteindre la ligne médiane, se rapprocher plus ou moins du pubis, et remonter ensuite vers l'origine du côlon ascendant ; il décrit alors dans son ensemble une longue courbe dont la concavité regarde en haut ».

Arrivé dans l'hypochondre gauche, avant de devenir descendant, il chemine à peu près horizontalement sur un court espace, cette disposition se rencontre dans la majorité des cas, chez l'adulte, nous verrons tout à l'heure pourquoi ; chez l'enfant au contraire le côlon transverse aborde le côlon descendant sans former préalablement ce plateau, il en résulte un angle aigu à direction sagittale

dont le sinus est ouvert en bas et en avant ; c'est là l'angle splénique du côlon.

Les anatomistes ne sont pas absolument d'accord sur la situation de cet angle ; Fromont le place au niveau de la huitième côte, Jonnesco de la septième ou huitième, Ducatte de la neuvième, Luschka de la neuvième ou dixième, Maclair et Mouchet l'ont vu remonter jusqu'à la onzième côte. Son point d'élévation dans l'hypochondre gauche n'est donc pas absolument constant ; on peut dire néanmoins que dans la majorité des cas, cet angle est plus haut situé que le droit.

L'estomac le recouvre en avant, il répond par sa face postéro-interne à l'extrémité supérieure du rein gauche et à sa capsule surrénale ; la rate est située au-dessus de lui, au-dessous d'elle il répond à la paroi thoraco-abdominale.

Sur la plupart des sujets on trouve cet angle directement appliqué sur le rein ou en dehors de lui sur la paroi abdominale sans interposition de méso ; sa face postérieure est soudée au péritoine pariétal, et en apparence est dépourvue de couverture séreuse. Il est fixe, et le revêtement péritonéal n'entoure que les trois quarts ou les deux tiers de sa circonférence ; parfois, mais c'est là l'exception (5 p. 100), il est complètement enveloppé par le péritoine et est rattaché au bord externe de l'extrémité supérieure du rein et à la capsule surrénale par un court méso de 2 à 3 centimètres, il présente alors une certaine mobilité (1).

De plus, il est relié à la paroi thoraco-abdominale, latérale gauche et au diaphragme, par un repli péritonéal

(1) JONNESCO.

que tous les auteurs considèrent comme constant ; cependant J. Buy, dans ses observations, l'a vu manquer une fois sur quinze nouveau-nés, et une fois sur quarante-neuf chez des adultes ou vieillards.

En général cette expansion péritonéale est décrite sous le nom de ligament phrénico-côlique ; c'est un repli triangulaire à sommet dirigé en arrière et s'insinuant profondément dans l'angle que forme le rein gauche, à sa partie supérieure avec la paroi thoraco-abdominale ; il adhère au péritoine pariétal. La base de ce triangle regarde en avant, elle offre un bord libre, concave, qui, à droite, se continue avec le bord gauche du grand épiploon. Pour les bords, le gauche s'insère en général sur les digitations du diaphragme, au niveau de la neuvième, dixième ou onzième côte ; le droit sur l'angle gauche du côlon ; de plus MM. Bérard et Patel décrivent (1) chez l'adulte une seconde digitation qu'on ne trouve pas chez l'enfant, et qui va s'insérer sur la partie terminale du côlon transverse ; pour rendre cette digitation plus apparente, il faut tirer légèrement le côlon transverse en avant, ce qui la fait saillir. Voici la description que MM. Bérard et Patel, donnent de ce ligament : « Il se compose ordinairement de deux faisceaux ayant une insertion commune et une terminaison distincte ; l'un est constant, c'est le faisceau inférieur s'insérant à l'angle même du côlon, le second est inconstant, c'est le faisceau supérieur se fixant au-dessus de la partie terminale du côlon transverse. » On voit maintenant comment se constitue ce plateau que forme le côlon transverse avant d'aborder le côlon descendant.

(1) Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche : en préparation pour la *Revue de chirurgie*, 1903.

M. Adenot décrit une troisième digitation s'insérant sur le début du côlon descendant, mais, on ne voit à ce niveau que l'insertion du ligament de Hensing, petit repli séreux triangulaire, à direction horizontale ou légèrement oblique, tendu entre la partie supérieure du côlon descendant et la paroi abdominale, mais absolument distinct du ligament phrénico-côlique.

Buy a vu parfois le ligament suspenseur de l'angle splénique du côlon s'insérer, non pas sur les digitations du diaphragme, mais sur la paroi abdominale, aussi trouve-t-il l'appellation de phrénico-côlique impropre ; « la poche épiploïque, dont la coalescence constituera le grand épiploon, envoie à gauche aussi bien qu'à droite un diverticule à l'angle splénique du côlon et à la paroi, puis son oblitération consécutive crée le ligament côlique gauche, habituellement décrit sous le nom de phrénico-colique. Il s'insère en effet, le plus souvent sur le diaphragme, quelquefois sur la paroi abdominale. »

La direction la plus fréquente de ce ligament n'est pas l'horizontalité absolue ; le plus souvent, il est obliquement placé entre le plan frontal et le plan horizontal, cette disposition est à peu près constante chez le nouveau-né ; chez l'adulte, on la rencontre aussi le plus souvent, dans les 3/4 des cas environ. Mais à côté de ce type vertico-transversal, on observe le type horizontal, on attribue cette disposition au poids de la rate, c'est alors qu'est méritée sa dénomination de « *Sustentaculum lienis* ».

Voilà donc l'angle gauche qui est fixé au péritoine pariétal, et en plus soutenu, ainsi que la portion toute terminale du transverse par le ligament gauche du côlon.

On rencontre aussi parfois, mais c'est relativement

rare, un autre ligament qui part de l'extrémité inférieure de la rate pour aller se fixer sur le coude gauche du côlon ; ce petit ligament splénico-colique a l'aspect graisseux du grand épiploon.

Tillaux lui prête un rôle assez important, il le considère en effet comme un faisceau fibreux assez résistant, doublé de péritoine, et attribue à sa présence la fixité de l'angle gauche du côlon, la rate à laquelle s'attache ce faisceau étant elle-même maintenue en place par les épiploons gastro-splénique et phrénico-splénique.

Mais c'est, croyons-nous, donner une trop grande importance à un ligament qui souvent fait défaut ; ne doit-on pas plutôt attribuer la fixité de l'angle gauche à son ligament suspenseur d'une part, et encore bien plus à l'accolement du coude au péritoine pariétal.

Buy a toujours trouvé l'angle gauche du côlon en place, même dans les cas où le ligament gauche n'existait pas : « Il est donc permis, écrit-il, de conclure que le rôle de ce repli péritonéal est peut-être plus effacé qu'on ne le croit » et il serait plus logique de voir dans « l'accolement du mesenterium commune la cause primordiale de la fixité du coude gauche, la mobilité du côlon transverse s'arrêtant net à la partie supérieure du côlon descendant, immobile. Assurément, le coude gauche n'est, si l'on veut, que l'extrémité supérieure du côlon descendant. »

En résumé, le coude gauche est en général plus haut que le droit, il est fixe ; le ligament le plus important est celui décrit sous le nom de phrénico-colique ; nous allons voir s'il peut jouer un rôle dans la production des occlusions intestinales.

CHAPITRE II

Pathogénie

En 1895, dans la *Gazette hebdomadaire*, puis l'année suivante dans la *Revue de chirurgie*, M. Adenot, de Lyon, étudiant les occlusions intestinales après les laparotomies, signalait le rôle de l'angle gauche du côlon.

Se basant sur des recherches anatomiques, sur des expériences et sur des données cliniques, il attribuait au ligament suspenseur de l'angle gauche tous les désordres produits. Pour lui, ce ligament suspenseur se termine en éventail sur le côlon, éventail pouvant se réduire à trois digitations, l'une se fixant sur la fin du côlon transverse, l'autre sur le commencement du descendant, et entre les deux, la digitation la plus accusée qui vient se fixer juste sur l'angle splénique.

De cette conception anatomique, il fait facilement découler la pathogénie des occlusions intestinales dont l'obstacle siège à ce niveau. Ce ligament suspenseur vient-il à exercer une traction trop forte sur le coude splénique, l'angle de celui-ci se trouve devenir plus aigu et la lumière du tube intestinal moins perméable à ce

niveau. Au contraire, si la suspension pêche par défaut, c'est surtout sur les deux digitations latérales de l'éventail que se fait cette atrophie, le côlon transverse tend à s'abaisser et à venir s'accoler au côlon descendant, encore exagération de l'acuité de l'angle, et si on joint à cela l'interposition des anses grêles qui viennent concentriquement se loger entre les deux côtés de l'angle, on aura une occlusion complète.

Cette pathogénie est malheureusement basée sur une interprétation anatomique inexacte, comme nous l'avons vu, le ligament suspenseur de l'angle gauche n'a pas absolument cette forme en éventail, il est formé au maximum par deux digitations; peut-être est-ce le ligament de Hensing ou des brides, vestiges de l'accolement péritonéal, qu'Adenot a pris pour la digitation inférieure.

Quant aux expériences faites sur le cadavre : météorisation de l'intestin en place par insufflation d'air; il est bien difficile d'en tirer des conclusions, tant les conditions dans lesquelles on se place éloignent de la réalité, l'ouverture seule de la cavité abdominale modifie les rapports et la pression des anses intestinales, de plus, il passe dans l'intestin des gaz, des liquides et des solides et le côlon est loin d'être inerte comme sur le cadavre.

Après les articles de M. Adenot, il nous faut venir jusqu'à cette année pour voir la question étudiée à nouveau après une communication de M. Terrier à la Société de chirurgie de Paris. L'observation que M. Terrier présenta (Obs. VI), est un cas d'occlusion intestinale non post-opératoire, pour laquelle il pratiqua une colo-colostomie; ayant trouvé l'angle gauche du côlon très aigu, il supprima ainsi la partie de l'intestin où siégeait l'obstacle

et pratiqua un chemin de traverse. La malade guérit, et M. Terrier concluait ainsi : « Quoiqu'il en soit, on peut dire que, fixé à la paroi abdominale latérale sur la dixième côte, l'angle gauche du côlon transverse, à son union avec le côlon descendant, est profondément situé dans l'hypochondre, et y est fixé le plus souvent avec solidité.

« Que le côlon transverse s'abaisse, l'angle gauche du côlon formera un angle de plus en plus aigu, et sans faire intervenir les anses intestinales grêles pouvant se loger dans cet angle aigu, on peut y concevoir la formation d'une valvule plus ou moins perméable. »

M. Quénu reprit la question à la Société de chirurgie de Paris, le 18 juin 1902.

Après avoir rappelé les idées d'Adenot, puis la communication de Terrier, il fait une étude très complète du rôle de cet angle gauche. Pour lui, au point de vue anatomique, on ne voit pas qu'il y ait un obstacle spécial à ce point de l'intestin, l'angle droit serait même plus compromis à cause des deux coudes que fait le côlon ascendant : angle colo-colique, plan antéro-postérieur et angle colo-colique plan latéral.

Pour ce qui est du rôle du ligament suspenseur, il a voulu reprendre les expériences d'Adenot, mais au lieu d'employer des insufflations d'air, il fait des injections de liquide; voici du reste le résumé de ses expériences.

L'intestin grêle est sectionné à 15 ou 20 centimètres du cœcum, on y introduit une canule communiquant avec un récipient d'eau de quatre litres, qu'on peut élever à hauteur désirable (ordinairement 40 à 45 centimètres). L'anse sigmoïde est coupée et pend, ainsi qu'un segment du côlon lombaire, au-dessus d'un cristalliseur. Au com-

mençement de l'expérience, on réalise assez bien la circulation intestinale, puisqu'il y aura liquide, solide et gaz. Du reste tout le temps de l'expérience, il sortira des gaz mélangés au liquide.

Les résultats furent toujours les mêmes : l'eau s'accumulait dans le cœcum, le distendait, puis franchissant l'angle antéro-postérieur du côlon ascendant, venait distendre la dernière partie de celui-ci pour franchir alors l'angle droit ; puis enfin répéter la même distension sur le côlon transverse avant de passer l'angle gauche, pour couler ensuite au dehors.

Produisant alors des tractions sur l'épiploon en bas, et sur le ligament gauche en haut, il ne put pas obtenir l'interruption du courant qui ne faisait que se modifier « peu ou prou », malgré cette coudure artificielle exagérée de l'angle splénique.

Ces expériences avaient donc des résultats absolument opposés à ceux obtenus par Adénot. Du reste M. Quenu n'y attache pas une grande importance ; car comme il le dit : « Si j'ai fait des expériences cadavériques, c'est simplement pour les opposer aux expériences cadavériques de M. Adénot. »

Bref, des considérations anatomiques, des expériences, de la clinique (obs. IV), M. Quenu conclut à l'importance capitale des brides péritonéales qui viennent faire obstacle à la circulation des matières à l'angle gauche du côlon.

Nous voilà donc en présence de deux pathogénies bien différentes ; dans l'une tous les désordres sont expliqués par la coudure exagérée de l'angle splénique du gros

intestin, dans l'autre la cause principale, même unique, réside dans la présence de brides péritonéales.

D'abord, normalement, y a-t-il obstacle à la circulation des matières à cet angle gauche? d'après les notions anatomiques nous ne voyons pas qu'elle soit gênée en rien; car si l'angle gauche est haut situé en général, et s'il est peu mobile, la façon dont il est soutenu par son ligament suspenseur facilite sa perméabilité; M. Quenu fait du reste remarquer qu'une dilatation précédant toujours un rétrécissement, à cause de la pression supportée à ce niveau par l'intestin, on voit sur presque tous les cadavres le cœcum et le côlon ascendant bien plus considérables comme calibre que le côlon transverse; l'angle gauche serait donc même moins compromis que le droit, chez les sujets normaux.

Mais si le côlon transverse est ptosé, qu'arrivera-t-il? lorsque le ligament suspenseur sera constitué par les deux digitations que décrivent MM. Bérard et Patel, les matières suivant le trajet de l'intestin ptosé, auront à cheminer selon une courbe à concavité regardant en haut, et arrivées à l'ultime partie du côlon transverse, n'auront pas un angle aigu à franchir, mais bien le plateau formé par l'intestin soutenu à ce niveau par une des digitations du ligament suspenseur, c'est là l'opinion émise par MM. Bérard et Patel; et ce n'est qu'après avoir franchi ce plateau, qu'elles aboutiront au côlon descendant. La direction du côlon transverse ptosé et de la première partie du descendant n'aura donc pas la forme d'un angle aigu, mais bien d'un S dont le crochet inférieur serait très ouvert et remonterait jusqu'à l'angle colique droit, et dont le supérieur serait un peu aplati en haut et se continuerait avec le côlon descendant.

Mais qu'il y ait une sorte d'infantilisme de ce ligament suspenseur de l'angle gauche, que celui-ci garde la constitution que MM. Bérard et Patel ont trouvé chez l'enfant et que les auteurs décrivent encore chez l'adulte, il y aura, en cas de ptose du transverse une gêne réelle à la circulation des matières au niveau de l'angle gauche qui pourra alors être très aigu.

Y aura-t-il obstacle absolu ? M. Quenu se basant sur une expérience prétend que non ; il réalisa cette coudure exagérée sur le cadavre : ayant insufflé la terminaison de l'intestin grêle, il rapprocha en canon de fusil le segment terminal du côlon transverse et le début du descendant ; puis, après ligature, il réséqua ces deux parties accolées. Ayant suspendu cette pièce par l'angle, il constate, après dessiccation, qu'en regardant l'angle par une fenêtre pratiquée à son niveau, on voyait bien un fort éperon à sa partie inférieure, mais au-dessus un dôme : il n'y avait donc pas, après cette coudure artificielle, occlusion complète de l'angle.

Est-il permis, de cette expérience cadavérique, de conclure que quelle que soit l'acuité de l'angle gauche du côlon, on n'aura jamais occlusion si aucune autre cause ne vient s'ajouter à celle-ci ? Nous ne croyons pas : car, comme toute expérience cadavérique, elle n'entraîne pas une conclusion aussi catégorique, les conditions dans lesquelles on se place étant bien différentes de ce qui se passe chez le vivant. Le poids du côlon transverse rempli de matières peut en effet faire disparaître ce dôme observé sur la pièce de M. Quenu, dôme dont la formation a du reste été favorisée par l'insufflation préalable.

M. Tuffier attribue bien les accidents de pseudo-occlu-

sion chez la malade dont nous relatons l'observation (obs. I) à ce mécanisme. Et chez cette malade (obs. II) qui présentait une entéroptose généralisée, avec phénomènes d'occlusion intestinale subaigus, n'est-ce pas très probablement à une coudure exagérée de l'angle gauche par ptose du côlon transverse qu'on doit attribuer les accidents ? le port d'une ceinture abdominale destinée à maintenir relevé le côlon transverse, améliora l'état de la malade.

Ces deux faits ne sont naturellement probants que dans une certaine mesure, l'interprétation n'ayant été vérifiée ni au cours d'une opération ni par un examen post mortem ; mais les données de la clinique dans les deux cas, le succès du traitement dans le second, ne sont-elles pas absolument en faveur du diagnostic posé ?

Nous voyons dans ces deux observations qu'il n'y avait pas occlusion complète ; ce doit du reste être ainsi dans la plupart de ces cas de *ptoses libres* : la réaction de l'intestin en présence de l'obstacle, la possibilité de ses mouvements puisqu'il pend dans l'abdomen sans y être fixé, les diverses positions que peut prendre le malade, produisent des intermittences dans l'occlusion ; et la ptose peut même ne se manifester que par un état de constipation habituelle.

Il n'en est plus de même lorsque le côlon transverse, au lieu d'être simplement ptosé, est en plus fixé dans le bassin par des brides ou des adhérences du grand épiploon.

Dans le cas de MM. Bérard et Patel (obs. VII), nous voyons que c'est une de ces ptoses fixées du côlon transverse que remarqua tout d'abord le chirurgien après l'ouverture du péritoine ; l'épiploon était en effet adhérent à

la fosse iliaque gauche, et attirait de ce côté le colon transverse. Dans le cas de M. Tixier (obs. VIII), occlusion post-opératoire, l'épiploon qui avait été sectionné au cours de l'intervention sur les annexes, avait également contracté des adhérences dans la fosse iliaque gauche ; et par son entremise le côlon transverse était dévié de sa direction normale et présentait une courbure considérable à concavité regardant en haut. On comprend que cette *ptose fixée*, si elle n'était pas la cause unique de l'occlusion a dû néanmoins y aider puissamment.

C'est à cette pathogénie qu'on doit aussi rattacher le cas publié par M. Riche (obs. III). En faisant une cure radicale de hernie, on ne trouve que de l'épiploon, on le lie en masse, et après résection le moignon est refoulé dans l'abdomen. Par suite de cette ligature en masse, l'épiploon forma une sorte de hotte dans laquelle vinrent se loger les anses grêles, qui par leur poids entraînèrent le côlon transverse en bas, et déterminèrent des accidents d'occlusion intestinale par imperméabilité de l'angle gauche.

L'explication de certains cas d'occlusion par coudure exagérée de l'angle gauche est donc vraie. Doit-on pour cela rejeter la pathogénie invoquée par M. Quenu ? Non, *les brides péritonéales* peuvent certainement comme sur toute partie de l'intestin, déterminer des accidents d'occlusion et elles sont très fréquentes. En 1894, M. Joenicke disait au congrès international des sciences médicales : « Chez la plupart des femmes de vingt à quarante ans (dans 60 à 70 p. 100 des cas), j'ai pu constater la présence d'adhérences intestinales disséminées dans les diverses parties de la cavité abdominale. Ces reliquats de péritonites chroniques localisées provoquent

des troubles de nature vague, considérés souvent, à tort, comme étant d'origine hystérique. »

Leur présence doit même certainement être plus fréquente sur ce segment de l'intestin, la fixité de l'angle gauche et du côlon descendant favorisant leur formation.

Toute inflammation abdominale est capable d'avoir un retentissement péritonéal jusque vers l'angle gauche du colon. M. Quenu a vu l'intestin tout entier agglutiné par des brides, mais surtout vers l'angle gauche, dans des cas d'appendicite, aussi insiste-il sur cette étiologie.

Les ulcères de l'estomac peuvent également amener de la périgastrite adhésive du côté de l'angle gauche étant donnés les rapports que présentent ces deux segments du tube digestif.

Mais c'est principalement, chez la femme, les infections du côté des organes génitaux qui amèneront une réaction péritonéale; M. Tixier reconnaît deux voies de propagation des brides; tantôt c'est en remontant la partie terminale de l'intestin qu'elles se propagent, tantôt c'est par le grand épiploon.

Nous avons ajouté à nos observations un cas (obs. IX) où nous voyons ces brides se propager le long de l'intestin, leur point de départ est très probablement le rectum, de là elles remontent le long du côlon descendant.

M. Quenu pense même que de très légères infections passagères de l'intestin peuvent avoir un retentissement péritonéal et déterminer la formation de brides. C'est cette étiologie qu'il invoque dans son observation (obs. IV).

Les rapports de l'angle gauche aussi bien que sa fixité favorisent donc la formation de brides à ce niveau et

certainement nombreux doivent être les cas où des occlusions vraies ou intermittentes reconnaissent cette cause.

L'observation que publie M. Quenu est un cas de ces occlusions par brides (obs. IV) et amène ce chirurgien à insister sur l'importance de cette pathogénie, car, dit-il, à côté des grosses brides facilement perceptibles, il en existe d'autres beaucoup plus ténues et qu'on ignore presque fatalement, au cours d'une intervention, si l'on n'est prévenu de la possibilité de leur présence; il les nomme brides en ficelle.

L'action des premières est indiscutable comme agent d'occlusion, mais il paraît peu probable que la seule présence de ces brides en ficelle serait suffisante pour interrompre le cours des matières dans l'intestin, si celui-ci n'est pas déjà resserré par des brides plus fortes; on les rompt sans s'en apercevoir dans une opération, il est donc bien permis de supposer que, si l'intestin n'avait à lutter que contre cet agent de constriction, il arriverait bien à le vaincre à moins que sa musculature n'ait subi de trop grandes modifications. Et on pourrait alors avoir seulement comme dans les cas de ptoses libres de l'occlusion intermittente.

Le resserrement du tube intestinal par ces brides n'est du reste souvent pas assez considérable pour produire l'occlusion, et celle-ci ne se fait que lorsqu'il vient s'ajouter une autre cause.

Un exemple type de ces *cas à pathogénie mixte* est celui observé par Legueu en 1894 : après l'ablation d'un kyste de l'ovaire assez volumineux, il se produisit une ptose du côlon transverse par suite du vide déterminé dans l'abdo-

men, une bride ancienne existait à l'angle gauche du côlon, il se produisit une occlusion. Tant que le côlon transverse avait été maintenu en place, la bride n'avait occasionné aucun accident, mais la ptose du côlon fit resserrer l'angle gauche dans cette espèce d'anneau, et obtura la lumière de l'intestin.

Dans les deux cas que nous avons déjà cités (obs. VII et VIII) en outre d'une ptose fixée du côlon transverse on constata la présence de brides à l'angle gauche. Dans le premier de ces cas, elles étaient très petites et la main introduite à la recherche du coude splénique, les déchira très facilement, aussi MM. Bérard et Patel leur attribuent-ils un rôle très minime, la cause principale de l'occlusion était la coudure de l'angle par ptose fixée du côlon transverse. Chez la malade de M. Tixier, les brides étaient plus nombreuses et manifestement de formation ancienne ; il est fort probable que dès le début des accidents du côté des organes génitaux, la malade avait eu un retentissement du côté de son péritoine propagé le long de l'épiploon jusqu'à l'angle gauche ; et comme dans le cas de M. Legueu, l'occlusion ne se déclara que lorsqu'intervint un second facteur, la ptose fixée du côlon transverse.

Dans l'observation rapportée par M. Terrier, peut-être avait-on aussi une de ces occlusions à pathogénie mixte. La malade avait eu un ulcère de l'estomac, depuis longtemps elle souffrait dans l'hypochondre gauche, des brides existaient sur d'autres segments intestinaux ; il est donc bien probable que la ptose du côlon transverse n'a été qu'une cause surajoutée à la présence de brides. M. Terrier admet du reste bien cette hypothèse, et s'il ne l'a

pas vérifiée c'est que l'angle gauche était très haut situé derrière les côtes, et que voyant le côlon transverse très rapproché du côlon descendant, il trouva plus simple de faire une colo-colostomie.

Il ne faut donc pas être exclusif au point de vue de la pathogénie de ces occlusions intestinales qui ont pour siège l'angle gauche du côlon; des brides siègent certainement très fréquemment en ce point de l'abdomen mais sans déterminer toujours des accidents d'occlusion complète, il en est de même des coudures par ptoses libres. Les cas à pathogénie mixte sont peut-être les plus fréquents, dans les formes d'occlusion complète.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I (TUFFIER et BARTH) (1)

Occlusion intestinale par ptose du colon.

J'ai été appelé en consultation par mon collègue des hôpitaux, M. le Dr Barth, auprès d'une dame d'environ cinquante-cinq ans qui présentait des symptômes extrêmement nets de coudure, par ptose, de l'anse gauche du colon.

Ces accidents remontaient à six ou huit années ; ils étaient caractérisés par des signes de pseudo-occlusion, avec douleurs vives au niveau de l'angle splénique du colon, par ballonnement du côlon ascendant et du côlon transverse, le tout survenant plusieurs heures après le repas, surtout quand ce repas consistait en des substances difficiles à digérer. La malade sentait alors nettement une douleur, une sorte de contraction dans le flanc gauche en même temps qu'une tuméfaction. Après certaines positions prises par la malade, les accidents cédaient et tout rentrait dans l'ordre.

L'ancienneté des accidents, d'une part, l'absence de toute tumeur lorsque le côlon était évacué, de l'autre, ne permettaient

(1) Thèse Ducatte, Paris 1899.

pas d'attribuer à une autre cause ces douleurs. D'ailleurs, la situation horizontale qui empêchait presque ou du moins diminuait de beaucoup leur intensité montre bien quel en était le mécanisme.

OBSERVATION II (PATEL) (1)

Entéroptose généralisée; nephroptose double; accès d'occlusion intestinale subaigüe; douleur fixe dans l'hypocondre gauche. Probablement coudure exagérée de l'angle gauche du colon. Disparition des accidents par le port d'une ceinture abdominale destinée à maintenir relevé le colon transverse.

M^{me} D..., âgée de cinquante-et-un ans, sans antécédents héréditaires notables: elle n'a jamais joui d'une excellente santé, elle a toujours été faible, un peu amaigrie.

Mariée depuis l'âge de vingt-trois ans, elle a eu deux accouchements qui ont nécessité des interventions obstétricales sérieuses. La durée du travail a été de plusieurs jours; on a dû, après anesthésie, faire plusieurs applications de forceps. C'est de cette époque que datent des troubles digestifs assez accusés et un état de névropathie très marquée.

Le 2 septembre 1902, M^{me} D... est prise subitement de douleurs abdominales très vives, au point que la malade ne peut rester un moment couchée et essaie de prendre toutes sortes de positions pour calmer sa douleur; rien ne réussit.

A son examen, on constate que l'abdomen est modérément distendu; il y a un péristaltisme des plus marqués, la palpation est très douloureuse, le maximum de douleur est dans l'hypocondre gauche. Il n'y a pas eu de selles depuis trois jours, très peu de gaz. Vomissements fréquents, peu abondants, bilieux.

(1) En préparation pour la *Revue de chirurgie*, 1903: Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche.

L'état général est bon, le poulx est bon; aucune indication opératoire ne se pose nettement.

Une demi-piqûre de morphine est faite; des cataplasmes chauds sont placés sur l'abdomen; on donne deux lavements de glycérine, le lendemain une débâcle se produisait, l'amélioration s'accroît très vite.

Je revis la malade le 8 septembre 1902; elle raconta que cet accès n'était pas le premier; elle n'avait jamais eu un état aussi grave; mais depuis deux ans, tous les mois à peu près, elle demeurait quelques jours sans aller à la selle, puis brusquement, la nuit le plus souvent, elle ressentait une douleur vive dans l'hypochondre gauche, des coliques violentes lui succédaient, et le lendemain matin ordinairement, une débâcle fécale venait mettre un terme à ses douleurs.

En l'examinant, on est frappé tout d'abord d'un abaissement très marqué de tout l'abdomen, on sent comme un vide dans la région épigastrique. La palpation méthodique permet de reconnaître exactement le trajet du cœcum, du côlon ascendant, l'estomac est très abaissé, son bord inférieur descend à plus de deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la sonorité de l'espace de Traube a disparu; au-dessous de l'estomac, les bosselures du côlon transverse sont facilement perçues (la paroi abdominale étant d'une rare souplesse) on reconnaît des masses fécales à son intérieur; à gauche de l'ombilic le trajet du côlon n'est plus perceptible aussi nettement; la palpation de l'hypochondre gauche réveille une douleur, elle est semblable à celle du début des accès d'occlusion, et c'est bien là que la malade la localise; le côlon descendant n'est pas senti.

Le foie est abaissé de deux travers de doigt, il n'est pas hypertrophié, sa limite supérieure atteint la septième côte.

La palpation des régions lombaires permet de constater une néphroptose double; les deux reins que l'on saisit très facilement sont de chaque côté de la colonne lombaire à peu de distance de la ligne médiane; ils sont très mobiles, ils affleurent la crête iliaque, ils paraissent conserver leur direction normale; la malade n'a jamais eu de troubles urinaires, ses urines,

dit-elle, n'ont jamais contenu d'albumine; elles n'en contiennent pas aujourd'hui.

En somme, on se trouvait en présence d'une entéroptose généralisée, devant laquelle on ne peut utiliser que la ceinture abdominale; étant donné l'abaissement considérable de l'estomac et du côlon transverse, on pouvait supposer avec quelque raison, il semble, qu'il s'agissait d'une exagération de la coudure de l'angle gauche du côlon, qui demeure fixe dans la plupart des cas.

C'est guidé par cette idée que l'on fit faire à la malade une ceinture spéciale destinée à relever l'estomac et en même temps le côlon pour redresser la coudure.

La ceinture fut appliquée quelques jours après, la malade la garde même étant couchée, lorsqu'elle le peut. Les troubles de circulation intestinale ont disparu et depuis quatre mois ces accidents qui se reproduisaient assez souvent n'ont pas reparu.

Malgré l'absence de vérification directe, l'analyse des symptômes et du résultat permet de croire à une coudure exagérée du côlon comme cause des accidents constatés.

OBSERVATION III (Résumée), PAUL RICHE.

Occlusion post-opératoire. — Mort. — Autopsie. — Ptose du côlon transverse par tiraillement sur le grand épiploon.

M. Paul Riche rapporte le cas d'une occlusion intestinale après opération de cure radicale de hernie.¹

L'opération fut décidée devant les symptômes d'occlusion. Laparatomie, on constata que le grand épiploon qui seul constituait la hernie au moment de l'opération et qui avait été reséqué après ligature en masse, formait une hotte dans laquelle s'était engagé un paquet considérable d'intestin grêle, lequel

(1) *Gazette des hôpitaux*, 3 février 1895.

n'avait fait que se distendre, une fois emprisonné dans ce sac; en plus le côlon transverse était très dilaté, le côlon descendant aplati.

M. Riché en conclut à une obstruction siégeant à l'angle gauche du côlon, et l'explique par le tiraillement produit sur le grand épiploon contenant dans la hotte qu'il formait le paquet d'intestin grêle, et par lui sur le côlon transverse.

En effet, l'angle gauche étant fixe, le tiraillement s'est porté sur le côlon transverse seulement et avait exagéré l'acuité de l'angle.

OBSERVATION IV (QUENU) (1).

Occlusion intestinale. — Laparotomie. — Brides sur la fin du côlon transverse et à son angle gauche. — Destruction des brides. — Guérison.

J'ai été appelé en consultation le 30 décembre 1901, par mon maître et ami le Dr Guyot, auprès d'un malade, M. B..., âgé d'une cinquantaine d'années, dont l'histoire était la suivante : santé bonne, sauf quelques troubles dûs à une albuminurie de vieille date, mais tendance à la constipation. Le vendredi matin, 27 décembre, se sentant un peu embarrassé du ventre, M. B... prit un purgatif salin, puis se rendit en voiture à son bureau. Là il eut une garde-robe, mais il fut pris, en allant à la selle, de douleurs extrêmement vives dans le ventre, et, au lieu de rentrer directement chez lui, il se fit conduire en voiture chez M. Guyot. M. Guyot nota spécialement des douleurs en barre dans le haut du ventre. Le samedi, 28 décembre et le dimanche 29, les douleurs de ventre continuèrent avec prédominance nette à gauche, en dessous du bord costal; quelques gaz furent obtenus à l'aide de grands lavements; pas de purgatifs. M. Guyot s'était borné à faire appliquer des compresses chaudes et à faire prendre au malade une infusion chaude.

(1) *Bulletin de la Soc. de chirurgie de Paris*, 18 juin 1902.

Le lundi matin, je trouvai M. B... dans l'état suivant: apyrexie complète, pouls à 90°; facies anxieux, sensation de distension abdominale et point douloureux un peu en avant du flanc gauche; pas de vomissements, pas de hoquet, pas de gaz; pas une garde-robe depuis vendredi soir. Le ventre est météorisé, mais d'une façon très inégale; la fosse iliaque droite est très tympanisée ainsi que l'épigastre et la région ombilicale; mais l'hypogastre est flasque et le flanc gauche assez souple à la simple inspection; l'aspect aplati de l'étage inférieur du ventre contraste avec le météorisme de l'étage supérieur. D'autre part, l'existence du point douloureux fixé sous le rebord costal gauche et la non distension du côlon descendant nous portent à penser qu'un obstacle occupe la terminaison du côlon transverse; aucun amaigrissement, toucher rectal négatif, aucun empâtement dans aucun point du ventre. Nous revoyons le malade le lundi soir; il a rendu quelques gaz spontanément, mais ne se sent pas soulagé, et son météorisme persiste; le mardi matin 31, nous conseillons l'électrisation du ventre, qui donne une émission de gaz à une première séance, et aucun résultat à une deuxième séance. Le mardi après midi, nous sommes réunis en consultation, MM. Guyot, Le Gendre, Berger et moi. Nous adoptons tous le même avis d'un obstacle occupant vraisemblablement la fin du transverse. L'opération est conseillée et acceptée par la famille. Elle est pratiquée le 1^{er} janvier 1902 en présence de M. Guyot, avec l'assistance de mes internes et de M. Longuet.

Une canule en caoutchouc a été placée d'avance dans le rectum.

Laparotomie médiane; le cœcum et les $\frac{4}{5}$ du côlon transverse sont extrêmement distendus par des gaz; mais, à l'union environ du $\frac{1}{5}$ gauche avec le reste, l'intestin est plat; à ce niveau nous observons une bride constituée par une adhérence ancienne entre une frange épiploïque appartenant au côlon transverse et le grand épiploon. Je sectionne la petite corde, agent de l'étranglement, et aussitôt en appuyant sur la partie distendue du côlon transverse, j'obtiens ce que je n'avais pas pu obtenir avant la section, à savoir la réplétion du segment

gauche du côlon et surtout l'émission bruyante du gaz par la canule rectale.

J'explorai attentivement le reste du côlon transverse et l'angle colique qui était haut situé dans l'hypochondre; je trouvai encore de petites adhérences ténues, échelonnées, sur le gros intestin presque vers l'angle, je les déchirai, puis je m'assurai que soit au niveau de l'angle, soit le long du côlon descendant il n'existait aucun néoplasme.

Les suites furent très simples. Le malade rendit des gaz au bout de quarante heures et des garde-robes au bout de trois jours : il quitta la maison de santé le 22 janvier, et depuis, sa santé est demeurée parfaite.

OBSERVATION V (Résumée LEGUEU) (1)

Occlusion post-opératoire, après ablation d'un kyste ovarique, bride ancienne à l'angle gauche qui agit comme obstacle par suite de la chute du côlon transverse à cause du vide produit dans l'abdomen par la disparition du kyste.

En 1894, après une ablation du kyste de l'ovaire, l'opérée présente des phénomènes d'occlusion intestinale; on songe à des adhérences au pédicule du kyste opéré.

On fait une *laparotomie*. Rien au pédicule; le côlon transverse est très dilaté alors que le descendant est au contraire affaissé, l'obstacle paraît siéger à l'angle splénique du côlon. On voit alors une bride siégeant à cet angle, mais en même temps on s'aperçoit que les gaz passent du côlon transverse dans le descendant; on croit que l'obstacle a été levé dans les manœuvres de recherche. On met fin à l'intervention, la malade a une selle après l'opération, mais elle meurt dans la soirée.

A l'autopsie on trouve une bride vasculaire du péritoine de date certainement ancienne, allant du ligament suspenséur de

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 23 avril 1902.

l'angle gauche au mesocôlon transverse. Cette bride de nature peut-être congénitale, dit Logeue, était peu serrée, et ne faisait obstacle que si on exerçait des tractions sur sa partie inférieure.

Pourquoi cette bride ancienne faisait-elle obstacle ? Cela, pour Legueu, venait de la suppression d'un kyste volumineux qui une fois extirpé avait provoqué la distension de la bride et constriction du côlon à ce niveau, par chute du côlon transverse.

OBSERVATION VI (TERRIER) (1).

Rétrécissement de l'angle gauche du côlon transverse, probablement pour coudure exagérée de cet angle. — Côlo-colostomie. — Résultat excellent.

Madame M..., cinquante-six ans, m'est adressée par mon collègue de la Faculté, M. le professeur Gilbert; elle entre à la clinique de la Pitié, le 4 novembre 1901.

Madame M... a eu deux grossesses normales; elle s'est bien portée jusqu'à il y a quinze ans, époque où elle aurait eu une affection de l'estomac, qu'on peut considérer comme un ulcère simple étant donnés les symptômes douloureux et l'hyperchlorhydrie: les phénomènes durèrent six mois, après lesquels Madame M... se remit complètement. — L'hiver dernier, accidents de névralgie sciatique à gauche, qui ne disparurent qu'après trois mois de traitement.

Puis la malade se plaignit de crises intestinales très douloureuses, survenant brusquement, non précédées de constipation, avec météorisme. Ces crises durent quarante-huit heures, puis disparaissent.

Depuis lors, la malade souffre du ventre, et les douleurs paroxystiques se sont localisées dans le flanc gauche, constipation opiniâtre, matières non déformées, mais renfermant sang et lambeaux pseudo-membraneux, pas de flegmaires. A l'examen

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 16 avril 1902.

de la région du flanc gauche, on perçoit au niveau du côlon descendant, au dessus de l'anse sigmoïde, un empâtement non douloureux, peu mobile. Il y a dilatation du côlon transverse, d'ailleurs peu douloureux, et sans clapotement liquide par percussion ou palpation. Rien du côté des autres organes de l'abdomen ni du côté des viscères du petit bassin.

État général assez bon, pas d'amaigrissement, appétit conservé ; toutefois Madame M... réduit son alimentation pour diminuer les troubles intestinaux dont elle se plaint beaucoup. Température normale, entre 36°,8 et 37°,2. Urines, rien d'anormal, ni sucre ni albumine. Ces divers phénomènes font croire à un obstacle sur le trajet du côlon descendant, à son union avec le transverse. Peut-être y a-t-il début de néoplasme non déterminable par le palper.

On résolut de faire laparotomie exploratrice et d'agir en conséquence.

L'opération est faite le 11 novembre 1901. — Ouverture sous-ombilicale médiane, quelques brides fibreuses, ou plutôt cellulo fibreuses unissant des anses intestinales grêles, sont facilement détruites avec le doigt. L'examen minutieux de la partie supérieure du rectum, de l'anse sigmoïde ne fit rien constater d'anormal, si ce n'est une notable diminution du calibre du gros intestin. Cette sorte d'atresie se propageait en haut jusqu'à l'angle gauche du côlon transverse qui à son union avec le côlon descendant, présentait un calibre certainement rétréci et formait un angle aigu, dont le sommet pénétrait profondément dans l'hypochondre, sous le diaphragme. La partie moyenne du côlon transverse quelque peu abaissée était dilatée par des gaz, et cette dilatation cessait juste un peu avant l'angle gauche du côlon.

Il y avait donc à ce niveau une sorte de rétrécissement par courbure à angle très aigu, ouvert en bas et en dedans, du gros intestin. Ceci expliquait la constipation, les crises douloureuses la sensibilité constante du ventre, surtout à la partie supérieure du flanc gauche, presque dans l'hypochondre.

Du reste l'intestin offrait une tuméfaction suspecte de sa paroi,

L'indication était donc de rétablir le cours des matières dans le gros intestin, au niveau de cette coudure un peu anormale mais bien connue des anatomistes.

Le procédé le plus facile comme le plus simple nous parut être d'établir une communication entre la partie gauche du côlon transverse et la partie inférieure du côlon descendant. Cette entéro-anastomose fut faite assez facilement par suture et d'après les règles de la gastro-entéro-anastomose.

Les suites opératoires furent des plus simples, les deuxième et troisième jours la température atteint 38°, le sixième jour 37°8 ; depuis elle oscille entre 36°8 et 37°4.

Les selles sont provoquées le septième jour. Au dixième et douzième jours, ablation des fils superficiels et profonds de la laparotomie.

L'opérée sortit le 3 décembre 1901. A sa sortie Madame M... se porte bien, elle ne souffre plus du ventre, digère parfaitement tous les aliments. Les selles d'abord provoquées sont devenues régulières et spontanées.

Nouvelles du 15 décembre 1901, bonnes. En mars 1902, les nouvelles sont toujours excellentes.

OBSERVATION VII, BÉRARD et PATEL (1).

Phénomènes d'occlusion intestinale aiguë siégeant sur le gros intestin. Occlusion datant de huit jours.

Intervention, laparotomie : adhérence de l'épiploon à la paroi abdominale dans la fosse iliaque gauche, exagérant la coudure du côlon transverse, au niveau de son angle gauche. Colopexie, libération des adhérences. Création d'une fistule intestinale le lendemain. Guérison complète.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, entrée au mois de

(1) A paraître dans la *Revue de chirurgie*, 1902. Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche.

juin 1902, à l'hôpital de la charité de Lyon, salle Sainte-Madeleine, dans le service de M. le professeur agrégé Bérard.

Elle vient pour des signes d'occlusion intestinale datant de huit jours : depuis ce moment en effet, elle raconte qu'elle ressentit une douleur assez vive dans l'abdomen, douleur généralisée sans localisation spéciale, en même temps les selles s'arrêtent, la malade prit plusieurs purgatifs qui demeurèrent sans effet, plusieurs lavements qui ne ramenèrent que quelques débris stercoraux.

Il y eut des vomissements dès les premiers jours. Bref, depuis cette époque, les signes d'occlusion allaient en s'aggravant ; l'abdomen se météorisa davantage, les vomissements augmentèrent de fréquence ; l'état général s'affaiblit ; c'est devant la persistance de ces symptômes que la malade vient à l'hôpital, après avoir eu une injection sous-cutanée de 0,04 de morphine.

Dans son histoire, on note quatre grossesses qui eurent une heureuse terminaison ; au cours de la quatrième, à l'occasion d'un effort qui paraît-il avait été assez violent, elle ressentit une vive douleur dans le flanc gauche, accompagnée de tuméfaction à ce niveau ; la malade guérit sans encombre, après quelques jours de repos.

Il y a quatre ans, nouvelle crise de coliques violentes siégeant toujours à gauche, dans la fosse iliaque et toute la région lombaire ; cette fois il y eut de la pseudo-occlusion intestinale, (météorisme, absence de selles), elle dura quelques jours seulement, et céda à quelques lavements, jamais les symptômes n'avaient atteint la gravité qu'ils présentent aujourd'hui.

Au mois de juin 1901 (il y a un an) les mêmes phénomènes se présentaient, ils cédèrent encore.

La malade resta, depuis ce temps, sans ressentir aucune douleur abdominale, elle put faire son travail sans arrêt, lorsque, dernièrement survinrent les accidents qui l'amènent aujourd'hui à l'hôpital.

A l'examen on constate un météorisme généralisé, très accusé dans les hypochondres, aussi bien que dans les flancs. Le ventre est dur, mais cependant dépressible ; une palpation atten-

tive ne permet pas de reconnaître l'existence d'une tumeur ; le gros intestin est distendu : le cœcum est perceptible, il fait même une saillie visible sous la paroi de l'abdomen. La palpation est douloureuse, surtout dans tout le côté gauche de l'abdomen. Aucune matité dans les flancs, la matité hépatique est persistante.

Le toucher rectal, le toucher vaginal demeurent absolument négatifs.

Le pouls est plein : 96° à la minute.

Les vomissements persistent, ils sont bilieux, peu abondants ; pas de gaz, un lavement de glycérine donné à l'instant n'amène que quelques débris stercoraux durs.

En présence de ces symptômes, le diagnostic, d'occlusion siégeant sur le gros intestin est porté sans hésitation ; l'indication opératoire apparaît avec non moins de netteté ; M. Bérard se décide à l'intervention immédiate.

L'opération est pratiquée par M. Bérard assisté de M. Patel chef de clinique chirurgicale.

Incision médiane sous-ombilicale, aussitôt après l'ouverture du péritoine, la malade est mise en position de Trendelenburg : l'excavation est explorée avec soin ; on ne note absolument rien à l'utérus et aux annexes, le péritoine est lisse, sans fausses membranes, sans exsudat séreux, le cœcum est distendu sans lésion apparente ; l'appendice est absolument intact. La malade est alors remise en position horizontale ; l'incision est rapidement agrandie à sa partie supérieure ; les anses grêles distendues s'échappent par la plaie ; elles sont recueillies dans des compresses tièdes. Le gros intestin est exploré à l'aide de la main introduite en entier dans l'abdomen : Le côlon descendant est aplati, collé contre la paroi abdominale postérieure, le côlon transverse fait une saillie énorme, il est alors certain que l'occlusion siège au niveau de l'angle gauche.

On essaie de relever le côlon transverse, mais on s'aperçoit qu'il est retenu par le grand épiploon adhérent dans la fosse iliaque droite, l'adhérence assez forte est rompue, et aussitôt le côlon transverse peut reprendre la position normale ; cepen-

dant, la circulation ne se rétablit toujours pas, le côlon descendant demeure affaissé.

La main est de nouveau plongée dans l'abdomen dans la direction de l'angle gauche du côlon ; celui-ci placé très haut est presque inaccessible : il est impossible de le voir : des brides sont perçues à son niveau et sur le début du côlon descendant, elles sont rompues : aucune sensation d'induration dans la paroi intestinale.

La cause de l'occlusion est trouvée, mais non levée ; les manœuvres d'exploration déjà longues ne permettent pas d'entreprendre une anastomose colo-colique ; songeant qu'il s'agit peut-être d'une de ces variétés d'occlusion récemment signalées par coudure exagérée de l'angle gauche, M. Bérard se décide à fixer le côlon transverse à la paroi pour effacer cette coudure et permettre le passage des matières, on aura aussi la ressource d'établir un anus contre nature sur cette anse ainsi repérée si les phénomènes d'occlusion persistent.

La plaie est refermée par une rangée triple de sutures. Une injection de sérum est pratiquée.

Le lendemain, les phénomènes d'occlusion persistaient, avec une pointe de thermocautère, M. Bérard perfore le côlon transverse fixé à la paroi : une quantité énorme de gaz s'échappe par la plaie, le ventre redevient souple.

La malade accusa aussitôt un grand soulagement, des liquides s'écoulaient par la fistulette créée. La débacle stercorale continua les jours suivants, l'amélioration fut rapide et la guérison bientôt complète.

La malade fut présentée à la Société de chirurgie de Lyon, la plaie était complètement cicatrisée, les selles étaient normales, l'état général des plus satisfaisants.

La guérison s'est maintenue depuis.

OBSERVATION VIII (inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé TIXIER.

Salpingite bilatérale. Douglassite suppurée. Troubles intestinaux. Salpingectomie par la voie abdominale. Occlusion intestinale post-opératoire. Mort. A l'autopsie, coudure du côlon et brides à l'angle gauche.

L... Angèle, dix-neuf ans, entre le 24 juin 1900 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Gensoul, n° 32, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, assistant M. Tixier.

Cette malade vient à l'hôpital pour une affection abdominale.

Antécédents. — En 1899, blennorrhagie au cours de laquelle apparurent rapidement des douleurs abdominales très vives ayant pour point de départ la fosse iliaque gauche, mais s'irradiant vers la région lombaire du même côté. Incapacité de travail. Entrée à la Charité dans le service du professeur Laroyenne, en novembre 1899 ; on pratiqua une opération vaginale, ayant consisté, croit-elle, dans l'ablation de la trompe gauche. Après, amélioration.

En mai 1900, réapparition des douleurs abdominales ; elle rentre à la Charité dans le même service où on lui pratiqua la ponction, par le cul-de-sac postérieur, d'une grosse collection purulente. Après l'opération, poussée à droite, traitée par l'application de vésicatoires. Amélioration passagère.

Mais la malade ne peut pas se livrer à un travail pénible ; douleurs constantes dans le bas-ventre ; station debout intolérable.

Entrée à Gensoul le 24 juin 1900. Elle accuse des douleurs péri-utérines très vives, s'irradiant dans les lombes et les racines des cuisses. Perte d'appétit. *Constipation opiniâtre*, les lavements répétés n'arrivent pas à soulager la malade. On note un météorisme sus-ombilical considérable. Pertes blanches verdâtres abondantes.

Par le toucher vaginal on perçoit nettement, dans les deux culs-de-sac latéraux, une masse fluctuante, dépressible au doigt. Examen très douloureux. La température oscille autour de 38°.

Le 22 juin, intervention par M. Tixier. Laparotomie médiane. L'épiploon, fortement rétracté, est tendu au-devant de la masse intestinale, se fixant en bas sur la trompe gauche. Il attire au-dessous de l'ombilic le côlon transverse, fortement distendu. Après l'avoir ligaturé, on le sectionne en bas. Il remonte librement dans la cavité abdominale.

Tous les organes du petit bassin présentent entre eux des adhérences très résistantes. L'anse sigmoïde est fixée au niveau de la paroi gauche de l'excavation pelvienne. Ablation de l'ovaire droit; l'ovaire gauche a dû être enlevé dans la première intervention (voie vaginale).

Les trompes droite et gauche sont fortement distendues par du pus. Elles se rompent durant les manœuvres de libération et au-dessous d'elles collection dans le Douglas; ablation. Drainage abdomino-vaginal avec un Mickulicz dans le Douglas. Au-dessus, la paroi abdominale est reconstituée.

Réveil très pénible. Vomissements.

23 juin. — Depuis l'intervention, vomissements incoercibles.

24 juin. — Persistance des signes d'occlusion. Vomissements. Pouls misérable. Pansement; ablation de la mèche du Mickulicz; les anses intestinales très distendues apparaissent à la partie inférieure de la plaie, dont les sutures sont comme écartées.

Température 38° le matin, 38°4 le soir. Sérum artificiel.

26 juin. — Pouls misérable. Les purgations ont été vomies, quelques évacuations purement gazeuses.

27 juin. — Les vomissements ont diminué d'intensité, mais pas de selle, quelques gaz, météorisme considérable. La température est montée à 39°4; on croit à une péritonite. Traitement ordinaire: sérum, glace, etc.

29 juin. — La malade meurt dans le collapsus.

AUTOPSIE. — Faisant hernie à travers les lèvres de la plaie abdominale, au niveau du Mickulicz, une énorme anse intes-

tinale se présente : c'est le côlon transverse. On le libère et on le relève. Contrairement à ce qu'on pensait, aucun signe de péritonite : le Douglas est net, pas de liquide, même séreux dans les flancs, le péritoine est sain.

L'épiploon est venu se fixer par son moignon, constitué au cours de l'opération, au niveau de la fosse iliaque gauche ; il attire en bas le côlon transverse. Celui-ci a le volume de l'estomac ; il est distendu au maximum ; au contraire le côlon descendant est aplati, complètement vide.

Alors, déroulant cette portion du gros intestin, on découvre au niveau de l'angle gauche du côlon, une série de tractus fibreux rétrécissant le calibre intestinal. Ces tractus sont anciens et ne constituent pas un ligament normal exagéré de volume, mais une série d'adhérences s'étendant sur une hauteur de trois travers de doigt.

Le grand épiploon que l'on avait vu épaissi, rétracté, dans le cours de l'intervention semble avoir propagé depuis longtemps l'inflammation jusqu'au niveau de l'angle gauche du côlon.

Les autres organes, examinés avec soin, sont sains, notamment l'estomac qui n'est le siège d'aucune affection.

OBSERVATION IX (résumée).

(Service de M. Tixier).

Femme de quarante-trois ans, a eu une salpingite pour laquelle on fit une ponction du cul-de-sac de Douglas. De nouveaux phénomènes décident le chirurgien à pratiquer une salpingectomie double. Au cours de l'opération on trouve une bride reliant la face antéro-latérale de l'utérus au petit bassin. La malade meurt avec phénomènes d'occlusion ; on trouve une bride très étroite qui aplatit le rectum contre le sacrum, en plus, deux autres brides plus lâches, une au milieu du côlon descendant, une autre à la partie supérieure du cœcum.

CHAPITRE IV

Étude clinique et diagnostic.

Comme dans toute occlusion intestinale nous avons à distinguer, ici, deux formes : la forme aiguë et la forme chronique ; nous rencontrerons un certain nombre de symptômes communs à toute occlusion intestinale, nous ne ferons que les énumérer, nous appliquant à faire ressortir les signes qui peuvent permettre de faire diagnostiquer le siège de l'occlusion, celle-ci reconnue, si toutefois ce diagnostic peut être fait d'une façon absolue.

Nous voyons en effet dans nos observations que la cause n'est la plupart du temps révélée qu'au cours de l'intervention.

Dans la *forme aiguë* les accidents débutent brusquement, ordinairement sans prodromes, parfois après de légers troubles intestinaux vagues, accompagnés de constipation. Le malade accuse une douleur vive, localisée dans l'hypochondre gauche ; les selles font défaut, plus d'émissions de gaz ; puis apparaissent des vomissements, alimentaires d'abord, ensuite bilieux, puis fécaloïdes ; à ceux-ci l'haleine emprunte une odeur caractéristique. Le

facies du malade s'altère rapidement, devient grippé, péritonéal.

Du côté de l'abdomen on a de la douleur à la pression, principalement du côté de l'angle gauche ; le cœcum et le colon transverse sont dilatés et animés de mouvements péristaltiques douloureux ; le côté droit de l'abdomen est plus distendu que le gauche, et le palper y fait percevoir une tension plus considérable. La succussion du tronc détermine un clapotage amphorique du côté du cœcum, qu'on peut obtenir également en déprimant brusquement la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite.

Le malade est très déprimé, le pouls devient petit, la température reste normale ou baisse légèrement ; et si le chirurgien n'intervient pas, tous ces symptômes s'accroissent rapidement et la mort arrive quelques jours après le début de l'occlusion.

La *forme chronique* est caractérisée par des prodromes qui annoncent que depuis longtemps un obstacle siège sur l'intestin ; une personne se plaint depuis longtemps d'accidents passagers du côté de son tube digestif pendant les digestions qui sont difficiles, elle éprouve des douleurs sous les fausses côtes à gauche, flatulence, alternatives de constipation et de débâcles ; c'est en somme une pseudo occlusion caractérisée par ces intermittences.

Tous les accidents peuvent se borner à cela pendant longtemps, nos observations I et II en sont des exemples ; mais d'autrefois subitement ils se révèlent avec une intensité bien plus grande sans revêtir toutefois la gravité des occlusions aiguës ni leur marche rapide ; l'occlusion complète s'est alors établie et ne cède plus aux moyens thérapeutiques que la personne employait jusqu'alors

pour combattre des accidents analogues. L'arrêt des matières et des gaz peut être complet dès le début de l'accès ou bien se faire après quelques émissions de feces et de gaz pendant les deux ou trois premiers jours.

Comme dans la forme aiguë, il y a des vomissements, mais il ne deviennent fécaloïdes que bien plus tard. La douleur est moins forte également ; les symptômes généraux sont plus tardifs, pour les signes physiques du côté de l'abdomen, ils s'établissent aussi plus lentement.

On a eu comme une occlusion complète, mais s'étant installée après des manifestations d'occlusion intermittente et ayant une marche moins rapide que dans les cas aigus et des manifestations plus atténuées.

Dans ces deux formes, nous voyons se reproduire des symptômes que l'on trouve dans toute occlusion intestinale ; aussi le diagnostic d'avec la péritonite sera-t-il basé sur les mêmes signes : absence de température et de frisson initial, distension des anses intestinales moins généralisée, constipation absolue, douleur localisée, absence d'épanchement péritonéal et de peristaltisme intestinal ; on sait du reste que ce diagnostic est souvent très délicat. Nous n'insisterons pas sur ce point, pas plus que sur le diagnostic d'avec d'autres affections qui, par leurs manifestations, peuvent être confondues avec l'occlusion intestinale.

Mais l'occlusion reconnue, est-il possible d'en préciser le siège à l'angle gauche du côlon ? Certains symptômes permettent au moins un diagnostic probable et leur réunion en augmente la valeur.

Nous avons parlé plus haut des douleurs que les malades accusent et localisent dans l'hypochondre gauche. C'est

1° Erratum. — Page 36, ligne 10^e (2^e alinéa), *au lieu de* : « On a eu comme », *lire* : « On a en somme ».

2° Omission. — Page 36. *Supprimer la dernière ligne et lire* : accusent et localisent dans l'hypochondre gauche, parfois plus bas dans le flanc du même côté ; dans presque toutes nos observations nous rencontrons ce signe ; dans quelques cas il y a irradiation de la douleur vers la région lombaire du même côté.

La moitié droite de l'abdomen présente un contraste marqué avec la gauche ; elle est plus tendue, le palper est souvent douloureux, de plus on y constate un météorisme souvent accusé. Le contenu du tube digestif étant arrêté à l'angle gauche, s'accumule en effet dans le segment intestinal précédant l'obstacle ; c'est

(Continuer page 37.)

cette distension par les gaz avec présence de liquides dans le cœcum et le côlon qui permet de constater le clapotage dont nous avons parlé dans l'énumération des symptômes. Il existe également dans les sténoses de l'angle droit, mais est alors ordinairement plus limité que dans les cas où l'angle gauche est le siège de l'occlusion.

M. Bouveret insiste sur le péristaltisme limité au cœcum et côlons ascendant et transverse : « Il a une grande valeur diagnostique, dit-il ; récemment, ce signe, d'ailleurs bien constaté par une observation suffisamment prolongée, m'a permis de poser le diagnostic de cancer de l'angle gauche chez un homme de trente-deux ans, dont le ventre était plutôt plat que météorisé, qui avait de la diarrhée parfois sanguinolente et dont l'abdomen ne présentait aucune tumeur accessible à la palpation. » Ce péristaltisme est douloureux, beaucoup plus que celui de l'estomac.

Nous avons interrogé, sur ce signe du péristaltisme, M. Bouveret ; il a eu l'obligeance de nous donner les renseignements suivants : « Quand il s'agit d'une sténose de l'angle gauche du côlon, l'accès du péristaltisme a des caractères particuliers et qui servent beaucoup au diagnostic du siège de l'obstacle. Ce signe n'est pas indiqué dans la plupart des observations publiées. Pourtant je ne le crois pas rare ; je l'ai rencontré dans trois cas récents. Il est vrai qu'il faut observer l'accès de péristaltisme avec beaucoup d'attention et à plusieurs reprises. Au début, cet accès est rare, faible, de courte durée ; il passe facilement inaperçu. Le clinicien doit avoir la patience de l'attendre et même chercher à le provoquer par la palpation et la succussion de l'abdomen. »

« Une ligne droite passant par l'ombilic, menée de l'hypochondre gauche à l'arcade fémorale droite, partage l'abdomen en deux régions : l'une supéro-droite, l'autre inféro-gauche; au moment d'un accès de péristaltisme de quelque intensité, un contraste très remarquable s'établit entre les deux régions. La région supéro-droite est soulevée, tendue, parcourue par des ondes de contraction intestinale, tandis que la région inféro-gauche est relativement affaissée et ne participe pas à l'agitation péristaltique.

« L'obstruction de l'angle droit du côlon provoque aussi des accès de péristaltisme partiel, et j'ai moi-même décrit ce signe de sténose de l'angle droit. Mais le péristaltisme est moins étendu, il est plus étroitement localisé à la fosse iliaque et à l'hypochondre droit; il ne s'étend pas à l'épigastre et à l'hypochondre gauche. J'ai vu plusieurs de ces deux péristaltismes partiels, et je puis dire qu'il est assez facile de les distinguer. »

Donc, lorsqu'on sera en présence d'une occlusion intestinale dont la cause et le siège sont obscurs, il faudra rechercher avec soin chacun de ces signes et nous voyons que M. Bouveret insiste sur des observations répétées et attentives du malade pour permettre d'apercevoir le péristaltisme.

Dans nos observations nous voyons que le diagnostic est fait difficilement et c'est principalement dans les formes aiguës, à cause de la brusque apparition des symptômes et surtout du météorisme qui sera vite énorme, que le siège ne pourra souvent pas être précisé avant l'opération.

CHAPITRE V

Traitement

Nous pouvons envisager comme dans le chapitre clinique, les cas chroniques et les cas aigus. Dans les premiers il faut distinguer les pseudo-occlusions, ou occlusions intermittentes qui parfois ne seront que les prodromes d'un accès d'occlusion complète.

I. — OCCLUSIONS INTERMITTENTES.

Comme nous l'avons vu c'est très souvent à une ptose libre du côlon transverse qu'il faut attribuer les accidents parfois aussi à des brides, mais se compliquant souvent de ptose.

Le traitement se réduira donc à soutenir l'intestin dont les moyens de fixité sont insuffisants par une ceinture abdominale; Ollier disait : « Il y a dans l'étude du mode de suspension de l'estomac et de l'intestin la clé de bon nombre d'affections dynamiques des organes de la digestion;... comme pour le rein flottant qu'il faut fixer, il

est très rationnel de fixer l'estomac et l'intestin mal soutenus » (1).

A côté de cela on recommandera au malade de soigner son alimentation et d'éviter la constipation.

II. — FORME CHRONIQUE

Après avoir usé des moyens médicaux employés pour combattre l'occlusion intestinale : lavements d'huile, électrisation du gros intestin..., mais sans s'y arrêter s'ils restent sans effets, on devra recourir à la laparotomie ; celle-ci sera médiane et sous-ombilicale, si on trouve le côlon transverse distendu, on va constater l'état du côlon descendant ; est-il aplati, c'est bien à l'angle gauche que siège l'obstacle ; l'incision est alors prolongée au-dessus de l'ombilic si le côlon transverse est ptosé on le relève, détruisant les adhérences si la ptose est fixée, puis on va à la recherche de l'angle gauche ne faisant une incision horizontale, perpendiculaire à la première, que si cela est absolument nécessaire pour atteindre l'angle gauche ; si des brides sont trouvées on devra les détruire.

Qu'il s'agisse de brides ou d'adhérences de l'épiploon ou du côlon, un principe important est d'empêcher leur reconstitution, pour cela s'assurer qu'après leur rupture il n'y a pas de suintement ; s'il en existait, il faudrait soit péritoniser la surface cruentée comme le recommande M. Bouquet de la Jolinière, soit les séparer par une mèche ou par un mickulicz afin d'éviter une nouvelle adhérence entre elles.

(1) Société nationale de médecine de Lyon, séance du 2 mars 1885.

Si le côlon transverse a été trouvé ptosé il sera bon comme M. Bérard l'a fait, de le maintenir en position normale en le fixant à la paroi abdominale antérieure par une colopexie.

Dans ces diverses opérations, une sonde demi-molle et longue doit être placée dans le segment inférieur du tube intestinal pour que l'opérateur puisse constater le passage des gaz lorsqu'il a levé l'obstacle.

Si malgré la destruction de brides à l'angle gauche, l'intestin restait imperméable, ou bien si la trop grande élévation de l'angle rendait trop difficiles les manœuvres pour l'atteindre, il faudrait faire l'opération pratiquée par M. Terrier, la colo-colostomie.

III. — FORME AIGUE

C'est principalement après une opération sur les organes génitaux de la femme que ces cas se présentent, aussi à titre préventif devra-t-on en outre d'une asepsie parfaite, éviter de mettre en contact des surfaces cruentées.

L'occlusion établie, il faut agir le plus rapidement possible, car l'état du malade devient vite trop grave pour permettre une opération dans de bonnes conditions. M. Quenu, dans le tableau clinique de l'occlusion post-opératoire, excluait les vomissements fécaloïdes : « Je ne vous ai pas parlé de vomissements fécaloïdes, cependant, on les observe comme dans toutes les occlusions ; mais je dirais volontiers qu'un chirurgien ne doit pas les observer, si vous attendez qu'ils se produisent, il n'y a plus d'intervention possible. »

Donc agir vite, si la distention des anses intestinales n'est pas encore très considérable, et si l'état général du malade est relativement assez satisfaisant, agir comme dans les cas d'occlusion chronique, mais si on voit le malade trop tard, s'il n'est plus en état de supporter une opération un peu longue et souvent rendue difficile par une énorme distension de l'intestin, il faudra se contenter d'abord de pratiquer un anus cœcal artificiel; puis dans la suite, lorsque l'état général du malade se sera bien amélioré, on pourra recourir à la laparotomie pour rétablir la perméabilité de l'intestin, puis supprimer l'anus contre-nature.

CONCLUSIONS

I. — A l'état normal, aucun obstacle n'existe à l'angle gauche du côlon, qui puisse y gêner la circulation des matières.

II. — Lorsque le ligament suspenseur de l'angle gauche est réduit à une seule digitation, il y a une prédisposition à la coudure de l'angle.

III. — Au point de vue pathogénique, on peut distinguer trois formes d'occlusion essentielle.

1° Par *ptose libre* du côlon transverse (ordinairement : occlusion intermittente).

2° Par *ptose fixée* par adhérence soit du colon transverse soit de l'épiploon.

3° Par présence de *brides* à l'angle gauche.

On peut rencontrer des cas mixtes.

IV. — Pour le diagnostic du siège rechercher avec soin le signe indiqué par M. Bouveret, péristaltisme du côlon ascendant et du transverse.

V. — Comme traitement.

1° Occlusions intermittentes : moyens médicaux, ceinture abdominale, régime alimentaire.

2° Occlusions chroniques : après avoir essayé des moyens médicaux ; laparotomie, qui permet soit de rétablir un angle gauche normal, soit de créer une entéro-anastomose.

3° Occlusions aiguës : laparotomie d'emblée ou si l'état du malade ne le permet pas, anus cœcal, puis dans la suite laparotomie.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JABOULAY.

Vu :

POUR LE DOYEN,

L'Assesseur :

LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
Président du Conseil de l'Université
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ADENOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales après laparotomies. *Gazette hebdomadaire*, 16 mars 1895.
- Les occlusions intestinales post-opératoires. *Revue de chirurgie*, janvier 1896.
- BÉRARD et PATEL. — Les occlusions intestinales par coudure de l'angle colique gauche. A paraître dans la *Revue de chirurgie*, 1903.
- BOUQUET DE LA JOLINIÈRE. — Des adhérences péritonéales considérées comme causes de phénomènes douloureux. Thèse de Lyon, 1896.
- BOUVERET. — Note sur la dilatation du cœcum et du colon ascendant. *Lyon médical*, 31 juillet 1887.
- La symphyse gastro-colique. *Revue de médecine*, 10 avril 1899.
- BUY (J.). — Anatomie du côlon transverse. Thèse Toulouse, 1901.
- COHAN (E.). — Recherches sur la situation du côlon transverse. Thèse Paris 1899.
- COMPOINT (H.). — Les occlusions intestinales chroniques ; leur traitement par l'anus contre nature. Thèse Paris, 1897.
- DUCATTE (G.). — Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales. Thèse Paris 1899.
- FLEURY (Ch.). — Essai sur l'anatomie de la rate. Thèse Paris, 1892.
- FROMONT (H.). — Contribution à l'anatomie topographique de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. Thèse Lille, 1890.
- FREDET. — Traité d'anatomie humaine de Poirier et Charpy : Péritoine, tome IV, 1900.

GLENARD. — Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce. *Lyon médical*, 1885.

— Traitement de l'enteroptose. *Lyon médical*, 1887.

HALLÉ. — De l'occlusion par adhérence et coudure de l'intestin. *Revue de chirurgie*, 1887, p. 13.

JÖENICKE. — Des adhérences intestinales chroniques chez les femmes. Neuvième congrès international des sciences médicales, tenu à Rome, mars, avril 1894. *Semaine médicale*, 1894, p. 174.

JONNESCO. — Traité d'anatomie humaine Poirier et Charpy : Tube digestif, tome IV, 1900.

LANGLAIS. — De la périgastrite adhésive dans l'ulcère de l'estomac. Thèse Lyon, 1902.

LEGUEU. — *Bulletin médical*, 26 septembre 1894.

— *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 23 avril 1902.

MAUCLAIRE et MOUCHET. — Considérations sur la forme et les moyens de fixité du côlon transverse. Dédutions opératoires. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, juillet 1896.

QUENU. — De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies. *Nouvelles archives d'obst. et de gyn.*, 25 septembre 1894.

— Du rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. Importance prédominante des petites brides péricoliques. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, juin 1902.

Revue des sciences médicales de Hayem, tome XXXI, p. 667.

RICHE. — *Gazette des Hôpitaux*, 3 février 1895.

Société nationale de médecine de Lyon, Séance du 2 mars 1885. *Lyon médical*, 1885.

Société de chirurgie de Paris. Séance du 25 juin 1902.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique ; côlon descendant.

TUJA. — Des occlusions intestinales après les laparotomies. Thèse de Lyon, 1894.

LYON

IMPRIMERIE A. STORCK ET C^{ie}

Rue de la Méditerranée, 8
